



Ärztchammer Kärnten  
9020 Klagenfurt, St. Veiter Str. 34  
Tel.: +43 463 58 56 - 0  
Fax: +43 463 514 222  
Mail: aek@aekkt.n.at



### Beitrittserklärung für Notärzte



Raiffeisen Versicherungsmakler-  
gesellschaft m.b.H.  
9020 Klagenfurt, Raiffeisenplatz 1  
Gewerberegisternummer: R/755/1  
Tel.: +43 463 99 300 - 2400  
Fax: +43 463 99 300 - 2460  
Mail: rvm@rbgk.raiffeisen.at

Hiermit beantrage ich meinen Beitritt zum Ärztehahftpflicht-Rahmenvertrag, abgeschlossen zwischen der **Ärztchammer Kärnten, 9020 Klagenfurt** und der **UNIQA Österreich Versicherungen AG, 1029 Wien**.

<b>Versicherte Person:</b>			
<b>PLZ, Ort:</b>		<b>Straße:</b>	
<b>Geburtsdatum:</b>		<b>Tel. mobil:</b>	
<b>Tel. geschäftlich:</b>		<b>Tel. privat:</b>	
<b>Mail:</b>		<b>Fax:</b>	
<b>Beruf (Fachrichtung) / Branche</b>			
<b>Beitrittsdatum:</b>		<b>Polizzennr.:</b>	<b>Verm.Nr.: 205886</b>

<b>Pauschalversicherungssumme EUR 5,000.000,-- reiner Vermögensschäden Versicherungssumme EUR 2,000.000,--</b>	<b>Jahresprämie</b>
<p><b>Tätigkeit als Notarzt</b></p> <p>Der Versicherungsschutz bezieht sich ausschließlich auf die Tätigkeit als Notarzt im Rahmen der für diese Tätigkeit geltenden Gesetze, Verordnungen oder behördlichen Vorschriften. Vom Versicherungsschutz umfasst sind auch Hubschraubereinsätze und Flugambulanzeneinsätze.</p> <p>Es gelten die Vereinbarungen des Rahmenvertrages und die zugehörigen Vertragsgrundlagen.</p>	<b>178,00</b>
<b>Sonstiges:</b>	
<b>Gesamtprämie</b>	<b>178,00</b>

Wurde eine der beantragten Sparten abgelehnt oder gekündigt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Sind die beantragten Sparten bereits versichert? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Obliegenheiten- Auszug aus den Versicherungsbedingungen:**

Als Obliegenheiten, deren Verletzung die Leistungsfreiheit des Versicherers gemäß §6 VersVG bewirkt, werden bestimmt:

- Der Versicherte ist verpflichtet, besonders gefahrdrohende Umstände, deren Beseitigung der Versicherer billigerweise verlangen konnte und verlangt hatte, innerhalb einer angemessenen Frist zu beseitigen. Ein Umstand, welcher schon zu einem Schaden geführt hat, gilt im Zweifel als besonders gefahrdrohend.
- Der Versicherte hat alles ihm Zumutbare zu tun, um Ursachen, Hergang und Folgen des Versicherungsfalles aufzuklären und den entstandenen Schaden gering zu halten.  
Er hat den Versicherer unverzüglich, spätestens innerhalb einer Woche ab Kenntnis, zu informieren, und zwar schriftlich.

**Insbesondere sind anzuzeigen**

- Der Versicherungsfall
- Die Geltendmachung einer Schadenersatzforderung
- Die Zustellung einer Strafverfügung sowie die Einleitung eines Straf- oder Disziplinarverfahrens gegen den/die Versicherten
- Alle Maßnahmen Dritter zur gerichtlichen Durchsetzung von Schadenersatzforderungen
- Der Versicherte und der Versicherungsnehmer haben den Versicherer bei der Feststellung und Erledigung oder Abwehr des Schadens zu unterstützen
- Der Versicherte hat den vom Versicherer bestellten Anwalt (Verteidiger, Rechtsbeistand) zu bevollmächtigen, ihm alle von ihm benötigten Informationen zu geben und ihm die Prozessvollmacht zu überlassen
- Ist dem Versicherten/Versicherungsnehmer die rechtzeitige Einholung der Weisungen des Versicherers nicht möglich, so hat der Versicherte/Versicherungsnehmer aus eigenem innerhalb der vorgeschriebenen Frist alle gebotenen Prozesshandlungen (auch Einspruch gegen eine Strafverfügung) vorzunehmen.
- Der Versicherte/Versicherungsnehmer ist nicht berechtigt, ohne vorherige Zustimmung des Versicherers einen Schadenersatzanspruch ganz oder zum Teil anzuerkennen oder zu vergleichen.
- Der Versicherer ist bevollmächtigt, im Rahmen seiner Verpflichtung zur Leistung alle ihm zweckmäßig erscheinenden Erklärungen im Namen des Versicherten/Versicherungsnehmers abzugeben.

Die Prämien sind Jahresprämien inkl. Versicherungssteuer. Die Hauptfälligkeit ist der 1.1. eines jeden Jahres. Die Erstprämie wird innerhalb von 14 Tagen ab Erhalt der Polizze für den Zeitraum bis zur Hauptfälligkeit abgebucht. Die Abbuchung der Folgeprämie erfolgt im Dezember für das Folgejahr.

**SEPA – Lastschrift – Mandat (Ermächtigung)**

Ich/Wir ermächtige/n die UNIQA Österreich Versicherungen AG Creditor-ID AT10UAT00000001017, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise/n ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von UNIQA Österreich Versicherungen AG auf mein/unser Konto gezogenen SEPA-Lastschriften einzulösen. Ich/wir kann/können innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

<b>Kontoführende Bank:</b>	<b>BIC:</b>	<b>IBAN:</b>
<b>Unterschrift des Kontoinhabers (wenn nicht Versicherungsnehmer)</b>		

Ich (Wir) bestätigen die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben inkl. aller Beilagen und bin (sind) dafür verantwortlich, auch wenn eine andere Person deren Niederschrift vorgenommen hat. Versicherungsanträge sowie sämtliche Anzeigen und Erklärungen des Versicherungsnehmers und des Versicherten müssen schriftlich erfolgen. Über die enthaltenen schriftlichen Angaben hinaus wurden keinerlei mündliche Absprachen getroffen.

Die Rechtsgrundlagen für die einzelnen beantragten Sparten sind die derzeit geltenden Tarifbestimmungen, die Versicherungsbedingungen etwaige Sondervereinbarungen sowie das Versicherungsvertragsgesetz. Es gilt österreichisches Recht vereinbart.

**Versicherungsschutz besteht ab dem Zeitpunkt, zu dem diese Beitrittserklärung bei der Ärztekammer Kärnten oder RVM Raiffeisen Versicherungsmaklergesellschaft m.b.H. oder UNIQA Österreich Versicherungen AG eingelangt ist. Voraussetzung ist, dass eine rechtzeitige Prämienzahlung nach Ausstellung der Polizze erfolgt.**

**RVM  
Raiffeisen Versicherungsmakler-  
gesellschaft m.b.H.**

\_\_\_\_\_  
Versicherungsmakler und Berater in  
Versicherungsangelegenheiten

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der versicherten Person  
(nach Kenntnisnahme aller Antragsseiten)